

AMCoR

Asahikawa Medical College Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

看護研究集録 () 平成19年度:4-6.

眼科患者入院時の服薬管理方法決定についての実態調査

西田, 志穂 ; 河地, 範子 ; 北川, 佳奈子

眼科患者入院時の服薬管理方法決定についての実態調査

8階東ナースステーション ○西田 志穂、河地 範子、北川佳奈子

I. はじめに

薬物療法は重要な治療法の1つであり、当病棟では確実な服薬管理を目的として看護師管理、取り出し確認、内服声かけ・空確認、自己管理と段階的な服薬管理を行っている。当病棟の特性として、入院日が術前日で短期間の入院が多いこと、インシデントレポートから自己管理薬の内服間違いが多いことがあげられる。佐々木¹⁾は「患者の服薬間違いは、患者側の原因ではなく、看護師の判断ミスと指導不十分から生じるものが多いといえる」と述べている。このことから入院時に適切な服薬管理方法決定が行われることが重要である。しかし、全科共通の服薬管理についてのアセスメントツールは数多く存在するが視力障がいがあることが多い眼科病棟で使用すると評価できないもしくは評価しにくいいため、看護師は個々の判断で服薬管理方法を決定することが多かった。

このことから、服薬管理方法決定についてのアルゴリズムを整理、明確化し、入院時に視力障がいをもつ患者の服薬管理方法決定の際、基準となる項目の明確化を目的として、実態調査を行ったので報告する。

II. 用語の定義

看護師管理：看護師が内服薬を準備し、内服時間にその都度本人に手渡し内服を見届ける。

取り出し確認：患者が内服薬を準備するところから内服するまでを看護師が見守る。

内服空確認：患者が内服薬を準備し内服する。看護師は内服薬の空を確認する。

内服声かけ：患者が内服薬を準備し内服する。看護師は内服したかどうか声をかける。

自己管理：患者本人が内服薬の準備から内服まで全てを管理する。

自覚症状：疼痛・悪心・倦怠感・眩暈とする。

III. 研究目的

調査票を用いて実態調査を行い、看護師が入院時に視力障がいをもつ患者の内服管理方法を決定する際、重要視している項目を探索する。

IV. 研究方法

1. 期間：平成18年6月～9月

2. 対象：本研究に同意を得ることができたA病棟入院の眼科患者。パイロットテスト61名、本調査89名の計150名。

3. データ収集・分析方法

1) 調査票を作成するため、過去のインシデントや先行研究²⁾を参考に、年齢、飲み忘れの有無、用法用量の自己調整・中止歴の有無、持参薬の残数、内服薬を管理できないほどの視野・視力・色覚異常の有無、術後の著明な視力低下の予測の有無・ブロン体位保持の予測指示の有無、聴力障がいの有無、取り出し動作、飲みこぼしの有無、認知障がいの有無、自覚症状の有無とその程度、内服薬の種類、用法用量、入院後の内服変更の指示の有無の計15項目からなるパイロットテストを作成、パイロットテストを実施する。

2) パイロットテストの結果、入院時の内服管理方法決定に関係のない術後の著明な視力低下の予測の有無、ブロン体位保持の予測指示の有無を除外し、質問項目をわかりやすく改定したものを本調査票として作成する。項目は、年齢、飲み忘れの有無、用法用量の自己調整・中止歴の有無、持参薬の残数、内服薬を管理できないほどの視野・視力・色覚異常の有無、聴力障がいの有無、取り出し動作、飲みこぼしの有無、認知障がいの有無、自覚症状の有無とその程度、内服薬の種類、用法用量、入院後の内服変更指示の計13項目となった。

3) 入院時に入院担当の看護師が患者に質問し調査票に記載する。内服薬の用法用量、残数の確認は薬剤師が行った後、看護師がダブルチェックをして結果を記入する。入院担当の看護師が内服管理方法を決定する。

4) 調査票の質問項目ごとに、「自己管理」「内服声かけ・空確認」「看護師管理」の3群に分けて単純集計、Kruskal Wallisの検定で分析した。

4. 倫理的配慮：研究の主旨を説明し、データの集積・公表時にはプライバシーに配慮すること、参加・不参加に関わらず治療・入院療養生活上の不利益を生じないことを説明し、看護部より許可を得た同意書に署名を得た。また、個人が特定されないようデータは記号処理した。

V. 結果

1. 対象の特性

研究対象 89 名のうち、内服をしていないもの 23 名 (25.8%) を除き、現在内服治療をしているもの 66 名 (74.2%) について調査を行った。66 名の内訳は、男女各 33 名ずつ、平均年齢 69.21 ± 13.75 歳、16 疾患からなる集団で、自己管理 41 名 (62.1%)、内服声かけ・空確認 12 名 (18.2%)、看護師管理 13 名 (19.7%) であった。また、取り出し確認はいなかった。主疾患については白内障が各群とも最も多かった (図 1)。

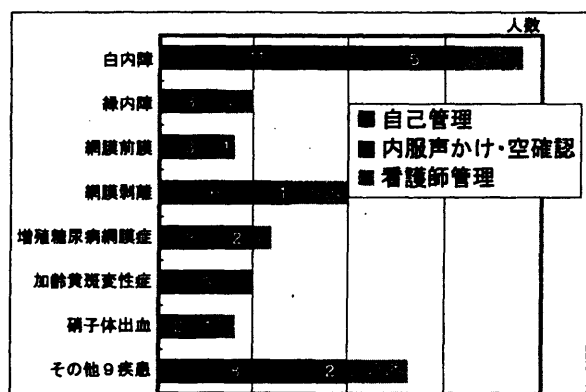


図 1 疾患別内服薬管理方法 (n=66)

2. 調査票項目

1) 年齢

自己管理 67.17 ± 13.59 歳、内服声かけ、空確認 70.5 ± 16.10 歳、看護師管理 74.46 ± 11.20 歳と徐々に高くなる傾向を認めた。しかし、Kruskal Wallis の検定の結果、 $p = 0.183 > 0.05$ となり、有意差は認められなかった。

2) 飲み忘れの有無、用法用量の自己調整・中止歴の有無、持参薬の残数

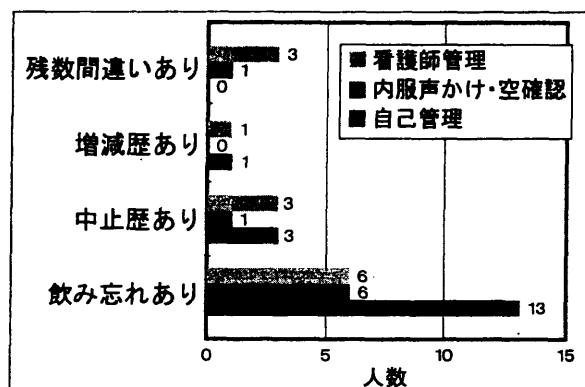


図 2 各群別服薬管理歴 (n=66)

服薬管理歴の結果は図 2 のとおりである。また、自己判断で内服を中止、増減している場合でも自己管理としているケースでは、持参薬の残数があった。中止の

理由としてもは外出が、増減の理由としては自己の体調があげられた。

3) 内服薬を管理できないほどの視野・視力・色覚異常の有無、聴力障がいの有無

今回の調査では、視野障がい、色覚障がいの項目に該当するものはいなかった。低視力のため、内服薬が区別できない場合はすべて看護師管理となっていた。ただし、低視力であっても薬剤の一包装や容器の工夫により内服薬の区別が出来ていたものは除外されている。聴力障がいがあったのは 70 代から 90 代の 8 名で自己管理 2 名、内服声かけ・空確認 1 名、看護師管理 5 名であった。

4) 取り出し動作、飲みこぼしの有無

内服薬の取り出しが困難なのは 2 名で、このうち低視力のために取出しが困難なのは 1 名であり 2 人とも看護師管理であった。飲みこぼしやムセがある場合はいずれも看護師管理であった。

5) 認知障がいの有無

認識力に問題があるのは 1 名のみで看護師管理であった。

6) 自覚症状の有無とその程度

自覚症状が常にあるものは 2 名で自己管理と看護師管理 1 名ずつであった。症状が時々あるものは 6 名で自己管理は 3 名、内服声かけ・空確認は 2 名、看護師管理は 1 名であった。また、症状が常に若しくは時々あるもののうち 3 名が緑内障であった。

7) 内服薬の種類、用法用量、入院後の内服変更の指示の有無

自己判断で内服時間を変更したことがあるものは自己管理 1 名、内服声かけ・空確認 1 名、看護師管理 2 名であった。治療のため入院後内服を変更する必要があったのは 13 名で自己管理 7 名、内服声かけ・空確認 3 名、看護師管理 3 名であった。このうち増殖性糖尿病網膜症のものは 5 名であった。1 日 7 種類以上内服しているものは自己管理 9 名、内服声かけ・空確認 4 名、看護師管理 9 名であった。同時に複数錠内服するものは自己管理 11 名、内服声かけ・空確認 1 名、看護師管理 4 名であった。

VI. 考察

以上の結果から、服薬管理方法を決定する際看護師が重要視しているのは、認識力に問題がないこと、用法用量を理解しており持参薬の残数があること、内服動作に問題がないこと、内服薬の判断がつくことであると考えられ、以下に理由を述べる。

飲み忘れはいずれの服薬管理方法の患者においても約半数にみとめ、服薬管理決定時に飲み忘れの有無が考慮されている可能性は低いと考えられる。また、服薬管理決定時に自己判断での内服中止・調整歴の有無が考慮されている可能性は低く、残数があっているか否かが重視されていることが結果より推測される。これは、残数があわないことが飲み忘れや自己調整の結果として起こることや、薬効や用法用量をきちんと理解していれば持参薬の残数はあっていると判断されたためと考えられる。

視野障がい、色覚障がいの項目に該当するものは今回の調査ではいなかったが疾患の症状を考慮すると、このような結果となることは矛盾しており、入院時の服薬管理方法決定のアセスメントにおいてこれらの項目は情報収集しにくいもしくは重視されていない可能性があることが考えられる。

低視力により内服薬の判断困難なもの、内服動作に問題のあるものは内服動作の確実性の欠如から看護師管理となり、認識力に問題のあるものは用法用量の理解、内服動作の確実性、内服時間の認識困難とあらゆる面から考慮して看護師管理が適当と判断されたと考えられる。

自覚症状が緑内障患者に多かったのは眼圧上昇症状が頭痛であることが影響していることが考えられ、また他の特記疾患の存在も考慮するべきである。どちらにせよ入院前から続く症状であることが多く、服薬管理決定にあまり影響を与えなかったと考えられる。

内服薬の変更・中止の該当者に増殖性糖尿病網膜症が多かったのは、彼らが糖尿病に罹患しており、手術や検査に伴う絶食のため糖尿病薬を中止せざるを得ないことによるものと考えられる。

また、特記疾患の存在が各項目に影響を及ぼしている可能性が示唆され、これについては今後検討が必要である。

Ⅶ. 結論

服薬管理方法を決定する際、看護師が重視している項目は内服薬の残数、視力、認識力、内服動作である。

Ⅷ. おわりに

眼科看護の特性として、服薬管理方法の多様性があげられる。今回の調査で、眼科領域においても看護師が重要視している項目は他の科と変わらない事が明らかとなった。しかし、スコアリングする形での評価は難しくアルゴリズムの整理により服薬管理方法を決定していく方法が適切と考えられ、今後整理していきたい。

引用文献

- 1) 佐々木久美子：患者の服薬ミス防止のマネジメント、月刊ナーシング 23 (12), p81, 2003.
- 2) 佐藤恵子他：内服管理における自己管理能力の影響因子についての一考察～内服の自己管理スコアを作成して～、旭川医科大学病院看護部看護研究集録第 10 巻, p149-155, 2002.

参考文献

- 1) 塩見利明他：服薬能力判定試験について、看護実践の科学, p52-56, 1997.
- 2) 塩見利明他：服薬理解能力評価スケール (RCS) の作成、日本老年医学会雑誌 34 (3), p209-214, 1997.
- 3) 田中節子他：循環器疾患患者への内服管理選択 MAP の有用性の検証－看護師の内服管理方法の客観的判断を目指して－、第 34 回日本看護学会集録 (成人看護Ⅱ), p114-116, 2003.
- 4) 藤村佳奈子他：高齢者の内服薬自己管理能力向上に向けての取り組み、第 35 回日本看護学会集録 (老年看護), p64-66, 2004.
- 5) 山尾奈緒美他：内服自己管理者の残薬に関する実態調査、第 36 回日本看護学会集録 (成人看護Ⅱ), p243-245, 2005.
- 6) 坂本かずえ他：慢性疾患における内服行動に影響を及ぼす因子、第 23 回日本看護学会集録 (成人看護Ⅱ), p31-34, 1992.